**Scheda 2**

**Dichiarazione degli aventi diritto all’esclusione dalla graduatoria d’Istituto per l’individuazione dei perdenti posto.**

Al Dirigente Scolastico

dell’IC “N. Ingannamorte” di Gravina in P.

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………….….

nato/………………………………………..….…(prov. ……) il ………………

residente a …………………………………………………………...……(prov )

Via/piazza ……………………..………….……..n……in servizio in qualità di ………..…………...

(docente o ATA) a tempo indeterminato, presso questo Istituto dall’a.s………..

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000),

di aver diritto all’esclusione dalla graduatoria d'Istituto per l'individuazione dei soprannumerari perdenti posto, ai sensi del CCNI del 27 gennaio 2022, art.13 (per docenti), art.40 (per ATA), per uno dei seguenti motivi, che sussisterà sino al termine ultimo per la presentazione della domanda di mobilità a.s.2024-2025

I) DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE

III) PERSONALE CON DISABILITA' E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE

IV) ASSISTENZA AL CONIUGE, ED AL FIGLIO CON DISABILITA'; ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO AL GENITORE CON DISABILITA'; ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE

VII) PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI

I certificati, documentanti quanto sopra dichiarato, sono stati consegnati agli Atti della Scuola.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alla Dirigenza Scolastica il venir meno delle condizioni che hanno dato titolo all'esclusione dalla graduatoria d’Istituto per l’individuazione del personale soprannumerario perdente posto.

Gravina in P., ………… Firma